

DESENVOLVIMENTO GLOBAL E DE LINGUAGEM EM CRIANÇAS NASCIDAS GRANDES PARA IDADE GESTACIONAL: RELATO DE TRÊS CASOS

Global and language development in children born large for gestational age: three cases report

Luciana Andrea Contesini ⁽¹⁾, Isabel Regina Sinhorini ⁽²⁾, Noemi Takiuchi ⁽³⁾

RESUMO

Objetivo: avaliar e descrever o desenvolvimento global e de vocabulário em sujeitos nascidos grandes para idade gestacional (GIG). **Métodos:** foram aplicados a escala de desenvolvimento segundo Gesell, (1947) para avaliar o desenvolvimento global e o ABFW - Teste de Linguagem Infantil na área vocabulário para verificação da competência lexical, em três sujeitos nascidos grandes para a idade gestacional sem outro fator de risco, na faixa etária de dois anos e seis meses a dois anos e oito meses. Os resultados foram descritos em forma de relato de caso e discutidos comparativamente. **Resultados:** foi encontrado um perfil diferenciado entre os sujeitos, sendo que o sujeito 1 apresentou desenvolvimento normal, o sujeito 2 defasagem nas áreas adaptativa e linguagem e o sujeito 3 defasagem específica em linguagem. **Conclusão:** o desenvolvimento global e lingüístico nos casos avaliados apontou diversidade nas performances, com um quadro de normalidade e dois quadros de defasagens em graus distintos. Embora o número de sujeitos tenha sido pequeno (três), os dados obtidos indicam a necessidade de se observar a população GIG com maior atenção, visando o estabelecimento de condutas preventivas nesta população.

DESCRIPTORIOS: Peso ao Nascer; Macrossomia Fetal; Desenvolvimento Infantil; Desenvolvimento da Linguagem

INTRODUÇÃO

O peso ao nascer é, em todos os grupos populacionais, o mais importante determinante isolado das chances de um recém nascido sobreviver e ter um crescimento e desenvolvimento normal, segundo a Organização Mundial de Saúde ¹. Por este motivo é o índice mais utilizado para acompanhar o crescimento intrauterino ².

Classifica-se o peso ao nascimento como: AIG (adequado para a idade gestacional) quando o recém-nascido apresenta peso entre 2500 a 3999 gramas;

PIG (pequeno para idade gestacional) com peso inferior a 2.500 gramas; e GIG (grande para a idade gestacional) com peso igual ou acima de 4000 gramas ^{1,3,4}.

Em levantamento sobre a distribuição do peso ao nascer na cidade de São Paulo, foi encontrado um índice de 4,3% crianças com peso acima de 4.001 gramas e de 20,33% com peso entre 3.501 e 4000 gramas ⁵.

O peso ao nascimento é uma característica que tem preocupado permanentemente a equipe de saúde em atenção primária. Por muitos anos a preocupação com o peso ao nascimento se concentrou nas crianças de baixo peso ⁴, porém o sobrepeso não é necessariamente indicativo de bom crescimento fetal ². Este, ao ultrapassar os limites de normalidade, converte-se em fator de risco para a criança ou para a mãe, ou para ambos ⁴.

Estudos têm mostrado que a incidência das crianças nascidas GIG tem crescido nos últimos 50 anos, chegando a índices de 9% nos Estados Unidos; no Chile é apontado o índice de 9,6% de crianças GIG contra 4,8% de recém-nascidos PIG ⁴.

⁽¹⁾ Fonoaudióloga do Programa de Prevenção e Estimulação da Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais de Jundiaí; Especialista em Linguagem.

⁽²⁾ Fonoaudióloga da Clínica de Psicologia e Fonoaudiologia Jundiaí; Especialista em Linguagem.

⁽³⁾ Fonoaudióloga, Professora Assistente do Curso de Fonoaudiologia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Doutoranda em Semiótica e Lingüística Geral pela Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo.

O termo GIG, também denominado como macrossomia, significa aumento de massa corporal total, conseqüente a um acentuado desenvolvimento hiperplásico e hipertrófico de células e tecidos ⁶.

O crescimento fetal é um processo complexo que depende de fatores genéticos, ambientais, nutricionais, placentários e endócrinos. O peso do recém-nascido depende, em primeira instância, da duração da gestação e da velocidade do crescimento intra-uterino. Além disso, também são determinantes do peso do bebê, o estado nutricional da gestante ao iniciar a gravidez e ao longo da mesma, doenças, tabagismo, fontes de estresse durante a gestação, adequação da assistência pré-natal, idade da gestante e paridade. Em última instância, as condições sócio econômicas também são determinantes do peso ao nascer ⁵.

O peso ao nascer varia de acordo com a constituição física determinada pela proporção de tecido adiposo, muscular e ósseo; tem relação direta com a herança genética e estima-se que seja por volta de 70% herdado de fatores maternos ⁴.

O potencial genético, tamanho uterino adequado, boas condições de saúde e nutrição maternas, e um suprimento sanguíneo adequado à unidade feto-placentária, constituem fatores etiológicos importantes para o desenvolvimento de GIG, bem como a idade materna, a paridade, não tabagismo, antecedentes de GIG e pós-maturidade ⁶.

A macrossomia se relaciona também ao sobrepeso no início da gestação, aumento excessivo de peso durante a gravidez e aos antecedentes de diabetes ⁴. Dentre estes fatores, a ocorrência clínica mais comum relatada foi diabetes mellitus, em 9% dos casos, sendo 7% de hipertensão arterial e 5% de obesidade ⁶.

Outros estudos relatam diferentes proporções; uma pesquisa encontrou 4,3% de mães de GIG com diabetes gestacional (DG) ⁷; outro estudo apontou índices de 6,6% de alteração nos testes glicêmicos ⁴.

Dentre a população geral, observa-se que a prevalência de DG varia dependendo do grupo estudado. Nos Estados Unidos esta entidade complica cerca de 2 a 4% das gestações, ao passo que em Recife foi observado um índice de 5% ⁸.

Os estados hiperglicêmicos maternos levam à hiperglicemia e conseqüente hiperinsulinemia fetal. A insulina, por meio de uma ação anabolizante, estimula o crescimento fetal ⁶.

Na vigência de GIG observa-se elevação da taxa de morbidade materno-fetal, principalmente no que diz respeito à ocorrência de toco-traumatismos. O parto vaginal de GIG aumenta a morbidade materna por traumatismos das partes moles do canal do parto, como lacerações do colo uterino, vagina, vulva e rotura uterina ⁶. Quanto ao parto, observa-se maior frequência de uso de fórceps de alívio e cesarianas ^{4,6,7}.

O aumento da morbidade perinatal para a criança GIG ocorre com maior frequência devido ao prolongamento do parto, asfixia intraparto e distocia de ombros com trauma ao nascimento.

São também relatadas outras complicações como fraturas de clavícula, aspiração de mecônio, paralisia do plexo braquial e facial, cefalohematoma entre outras anomalias ^{7,9-11}.

Os riscos de mortalidade referem parto muito demorado, asfixia, pneumonia, sangramento subaracnóideo e doença cardíaca congênita ⁷.

No que se refere à morbidade infantil, é fundamental que se possa, o mais precocemente possível, identificar as crianças com maior risco, a fim de minimizar os efeitos negativos decorrentes ¹².

Durante a assistência pré-natal é referido como imprescindível uma minuciosa avaliação e um controle dos fatores de risco, procurando-se na medida do possível, estabelecer o diagnóstico de GIG antes de iniciado o trabalho de parto, possibilitando uma adequada assistência materno-fetal ¹².

Com adequada assistência pré-natal e aumento na incidência de cesarianas, é referido na literatura redução da taxa de sofrimento fetal agudo, possibilitando a este grupo uma taxa de mortalidade em índices semelhantes à do grupo de recém-nascidos com AIG ¹².

Existem evidências suficientes de que quanto mais precoces forem o diagnóstico de atraso no desenvolvimento e a intervenção, menor será o impacto desses problemas na vida futura da criança ¹². Dados da literatura apontam que além do fator biológico, coloca-se a forte influência dos fatores socioeconômicos e a estimulação ambiental como riscos para o atraso ¹²⁻¹⁵. Mesmo nas crianças que não são biologicamente vulneráveis, tal influência é suficiente para gerar desvantagens psicossociais capazes de prejudicar o desenvolvimento ¹⁴.

Estudos longitudinais com crianças nascidas GIG são escassos e focados no crescimento, relatando ganho de peso e altura ¹⁶. Já com crianças nascidas com baixo peso (a termo ou prematuras) inúmeras pesquisas têm sido realizadas apontando problemas de saúde como problemas respiratórios, de linguagem, cognitivos, neurológicos e psicológicos ¹⁷⁻¹⁹. Nestas crianças, observa-se maior irritabilidade, menor número de vocalizações e sorriso, menor contato visual, reações afetivas menos positivas e menor envolvimento ativo com brinquedos, e maior latência em iniciar resposta ao estímulo, principalmente aos 12 meses de idade ¹⁸.

Avaliações com testes psicológicos realizadas em crianças prematuras e com muito baixo peso em idade pré-escolar, mostraram que quanto menor o peso ao nascer, mais baixos são os escores obtidos ¹⁵.

Em relação à linguagem expressiva, são relatados atrasos tanto no nível pré-lingüístico como no

lingüístico^{18,19}. Estudos demonstram que tal defasagem é um ritmo próprio do pré-termo, que mais tarde se iguala à criança de termo. Ainda assim, um auxílio profissional visando estimular os processos integrativos de funções corticais superiores com uso do verbal, se faz necessário desde o período pré-lingüístico, constituindo-se numa medida preventiva para futuras alterações no desenvolvimento da linguagem¹⁹.

No que se refere ao desenvolvimento da linguagem de crianças GIG, bem como suas aquisições motoras, cognitivas e de socialização, nenhum dado foi encontrado no levantamento bibliográfico realizado.

Sendo considerados todos os dados de risco desta população, seria importante a realização desses estudos direcionados para ações preventivas e terapêuticas.

Visando iniciar a atenção para esse quadro, o objetivo desta pesquisa foi avaliar e descrever o desenvolvimento global e de vocabulário em três sujeitos nascidos grandes para idade gestacional (GIG), sem outros fatores de risco associados, comparando os desempenhos obtidos com padrões de referência de normalidade.

■ MÉTODOS

Os sujeitos da pesquisa fazem parte da clientela de dois programas específicos da APAE de Jundiá, que atende crianças de zero a quatro anos: o Programa de Intervenção Preventiva e o Programa de Estimulação Essencial. Para o Programa de Intervenção Preventiva são encaminhados, logo ao nascimento, bebês de risco, ou seja, crianças nascidas PIG, GIG, prematuras, com anóxia, convulsões ou demais complicações perinatais, onde recebem orientações quinzenais e consultas com pediatra e neuropediatra para acompanhar o desenvolvimento até os dois anos de idade. Já no Programa de Estimulação Essencial são atendidas crianças que apresentam algum atraso no desenvolvimento, que podem chegar à Instituição por encaminhamentos externos ou oriundos do Programa de Intervenção Preventiva.

Para a realização da pesquisa, foram considerados como critérios de inclusão crianças que frequentassem a instituição no momento do estudo em qualquer dos dois programas, nascidas GIG, com idade entre dois e quatro anos, sendo descartados os casos com outro risco associado para atraso no desenvolvimento neuropsicomotor (anóxia moderada ou grave, convulsões ao nascimento, macrocrania, lesões neurológicas, sofrimento fetal).

Dentro deste perfil, foram selecionados preliminarmente três sujeitos, constituindo assim o presente relato de casos. Contudo, como não foi possível realizar a avaliação de um deles por falta de interesse da

família, o mesmo foi substituído por um novo sujeito. Este último sujeito já havia passado pelo Programa de Estimulação, porém abandonou os atendimentos e não estava recebendo nenhum tipo de intervenção, estando, portanto, dentro dos demais critérios de inclusão.

Descrição dos sujeitos a partir de dados obtidos dos prontuários das crianças na Instituição:

Sujeito 1: dois anos e sete meses, gênero masculino, com peso 4.750 g, APGAR 8/10. Participou do Programa de Intervenção Preventiva recebendo acompanhamento com neuropediatra, pediatra e orientações quinzenais com psicóloga sobre estimulação de crianças até dois anos, quando foi encaminhado ao Programa de Estimulação Essencial por apresentar atraso no desenvolvimento. No momento do estudo freqüentava estimulação essencial com fonoaudióloga recebendo estimulação global uma vez por semana.

Sujeito 2: dois anos e oito meses, gênero masculino, com peso 4.250 g, APGAR 9/9. Participou do Programa de Intervenção Preventiva recebendo acompanhamento com neuropediatra, pediatra e orientações quinzenais com psicóloga sobre estimulação de crianças até dois anos e um mês, quando foi encaminhado ao Programa de Estimulação Essencial por apresentar atraso no desenvolvimento. No momento do levantamento freqüentava estimulação essencial com psicóloga recebendo estimulação global uma vez por semana.

Sujeito 3: dois anos e seis meses, gênero masculino, com peso 4.100 g, APGAR 9/10. Participou do Programa de Intervenção Preventiva recebendo acompanhamento com neuropediatra, pediatra e orientações quinzenais com psicóloga sobre estimulação de crianças até um ano e três meses, quando foi encaminhado ao Programa de Estimulação Essencial por apresentar atraso no desenvolvimento. Na ocasião, a família optou por desistir dos atendimentos por motivos particulares. Assim, a criança permaneceu este período sem qualquer intervenção terapêutica.

Durante a testagem, as fonoaudiólogas utilizaram máquina filmadora Gradiente GCP – 180 CR, formulários de registro para o Teste Gesell²⁰ e Protocolo de Registro de Respostas para o Teste ABFW de linguagem Infantil²¹. Toda a testagem ocorreu em uma das salas da Unidade de Intervenção Preventiva e Estimulação Essencial da APAE-Jundiá.

Os sujeitos foram testados individualmente, em duas a três sessões de 45 minutos de duração, com a presença do responsável.

Duas fonoaudiólogas permaneceram na sala durante a testagem para os procedimentos de aplicação dos testes e registro dos dados com filmagem e anotações.

Os sujeitos foram testados utilizando-se a Escala de Desenvolvimento segundo Gesell²⁰, sendo ava-

liadas as quatro áreas básicas: motora - aquisições motoras como: sustentar a cabeça, sentar, engatinhar, andar e incluiu-se também a atividade das mãos em pegar e manipular objetos; adaptativa - aspectos da inteligência, capacidade de usar e iniciar experiências para a adaptação; linguagem - comunicação verbal e/ou não-verbal para compreensão e expressão e; pessoal-social - reações pessoais frente ao ambiente social.

O material usado para a coleta dos dados é o sugerido por Gesell²⁰, que inclui objetos simples, encaixes e mobiliário normatizados.

A Escala de Desenvolvimento de Gesell tem como objetivo determinar o nível evolutivo da criança²⁰. As áreas do desenvolvimento foram avaliadas a partir da observação direta do comportamento da criança e de dados relatados pela mãe^{20,22}, obtendo-se o quociente de desenvolvimento (QD) em cada uma das áreas^{20,2}. O critério estabelecido pelo autor refere os valores de QD acima de 85 como indicativos de normalidade, os valores entre 85 e 68 são considerados limítrofes e teriam implicações para acompanhamento e valores abaixo de 68 indicam atraso significativo²⁰.

Para a verificação da competência lexical foi utilizada a prova de vocabulário do Teste de Linguagem Infantil ABFW²¹. Essa prova consiste numa tarefa de nomeação de 118 figuras divididas em nove campos conceituais, a fim de analisar os mecanismos utilizados pelas crianças na designação das palavras e permitindo observar o grau de desenvolvimento semântico. A avaliação do vocabulário é uma das mais utilizadas para diagnosticar diferentes alterações de linguagem, pois se acredita que o significado das palavras tenha relação direta ao processo de desenvolvimento cognitivo²¹. A análise da prova seguiu as orientações do Teste ABFW, verificando-se a porcentagem de Designações Usuais, Não Designações e Processos de Substituição em cada campo conceitual. As ocorrências de Processos de Substituição foram ainda analisadas quanto às tipologias. As porcentagens obtidas pelos sujeitos foram comparadas aos valores de referência para a faixa etária correspondente.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica, sob o protocolo número 092/05. Todos os responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os resultados obtidos com cada sujeito são apresentados de forma descritiva e discutidos comparativamente.

■ RESULTADOS

A seguir são apresentados os resultados descritivos das avaliações de cada sujeito.

SUJEITO 1 (S1): os dados obtidos na avaliação de desenvolvimento segundo a escala de Gesell do sujeito 1, descritos na Tabela 1, mostram desempenho satisfatório pois atingiu valores de QD superiores a 85 em todas as áreas avaliadas. De acordo com esta escala, esse resultado sugere normalidade.

As áreas de melhor desempenho foram adaptativa e linguagem, dado coerente levando-se em consideração que o desenvolvimento cognitivo tem relação direta com o da linguagem. Já a área pessoal – social, que avalia as reações pessoais da criança frente ao ambiente social em que vive foi o que obteve menor escore, ainda que dentro da faixa de normalidade.

Na avaliação de vocabulário, o sujeito 1 apresenta índices de normalidade em Designação Verbal Usual (DVU), como descrito na Figura 1, em sete dos nove campos conceituais avaliados. A porcentagem de Não Designação (ND), descrita na Figura 2, e dos processos de substituição na Figura 3, mostram resultados obtidos melhores que os esperados. Com relação à tipologia dos processos de substituição (Tabela 2) a maior ocorrência foi por uso de co-hipônimo próximo, mostrando bom recurso de significação utilizado na nomeação.

Em ambas as avaliações a criança obteve desempenho adequado para a idade, mostrando compatibilidade nas testagens.

SUJEITO 2 (S2): com relação à avaliação pela escala de desenvolvimento segundo Gesell, descritos na Tabela 1, os QDs nas áreas motora e pessoal-social estão dentro dos padrões de normalidade; já os QDs das áreas adaptativa e linguagem encontram-se abaixo de 85, sugerindo defasagem.

Observou-se na avaliação do vocabulário que a criança tem dificuldade em designação usual em 4 dos 9 campos conceituais (Figura 1). Apresentou uma porcentagem alta de não designações (Figura 2) evidenciando dificuldade no acesso lexical quanto à significação, diminuindo a ocorrência de processos de substituição em alguns campos conceituais (Figura 3).

As tipologias dos processos de substituição mais observadas (Tabela 2) foram o uso de hiperônimos, caracterizados pelo uso de vocábulos mais abrangentes, forma essa mais distante da DVU. O uso de co-hipônimos próximos foi observado nas categorias mais familiares ao sujeito. Foi observado grande número de ocorrência de segmentos ininteligíveis em vários campos semânticos, devido ao grande número de desvios nos processos fonológicos apresentados pela criança. Apesar deste estudo não abranger a análise da fonologia, verificou-se que a criança apresentava dificuldades em mais de uma área do desenvolvimento da linguagem.

Os resultados da escala de desenvolvimento segundo Gesell e do Teste de Vocabulário ABFW mostraram-se compatíveis, uma vez que o sujeito 2 apre-

sentava defasagem em ambos.

SUJEITO 3 (S3): pela avaliação da escala de desenvolvimento segundo Gesell (Tabela 1), verifica-se que o QD da área pessoal-social encontra-se abaixo de 85, sugerindo defasagem. Por outro lado, apresentaram-se dentro dos padrões de normalidade os QDs nas áreas motora, adaptativa e linguagem.

No entanto, observou-se na avaliação do vocabulário dificuldade da criança em designação usual em oito dos nove campos conceituais (Figura 1). Apesar da baixa ocorrência de não-designações (Figura 2), houve um número elevado de processos de substituição (Figura 3), cujas tipologias mais observadas foram o uso de atributo semântico não pertinente (Ta-

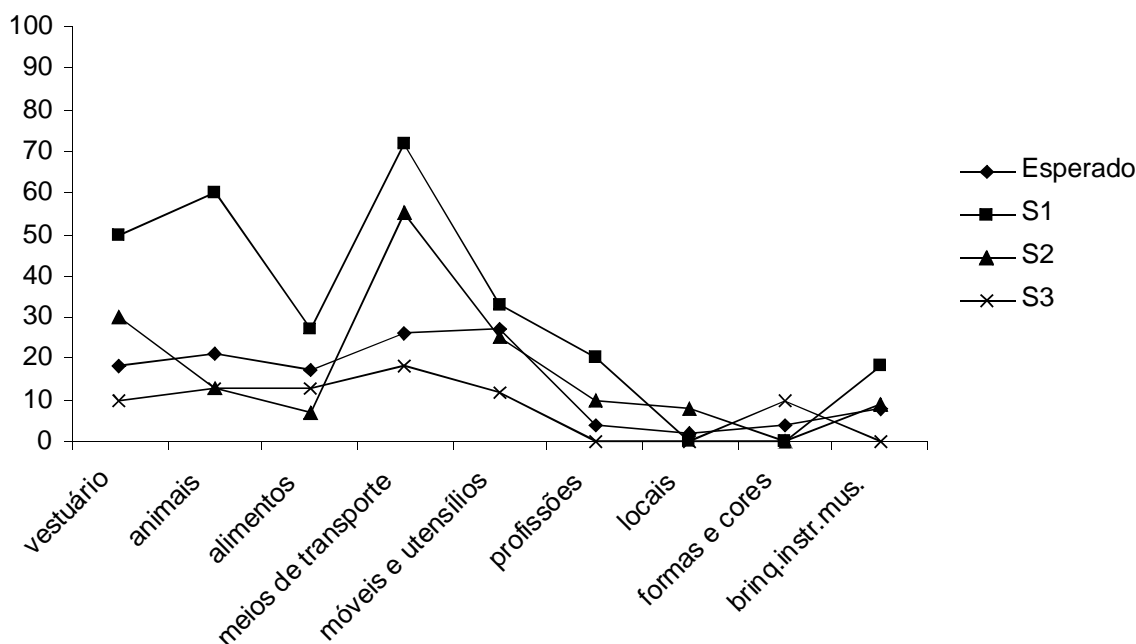
bela 2). Além disso, apresentou dificuldades nas habilidades pragmáticas, como dificuldade no estabelecimento de troca de turnos comunicativos, além de comportamento verbal perseverante, ecolalia, agitação psicomotora, baixa tolerância à frustração, agressividade.

Os resultados da escala de Gesell, em relação à área de linguagem, comparados com o teste de vocabulário ABFW mostram-se incompatíveis, uma vez que sua performance na avaliação da competência lexical apresentou-se abaixo do esperado para a sua faixa etária. Tal incompatibilidade nas duas testagens é demonstrada pela verificação de que a escala de Gesell neste caso, não abrangeu todos os aspectos do desempenho lingüístico.

Tabela 1 – Quocientes de desenvolvimento (QD) segundo Gesell para S1, S2 e S3

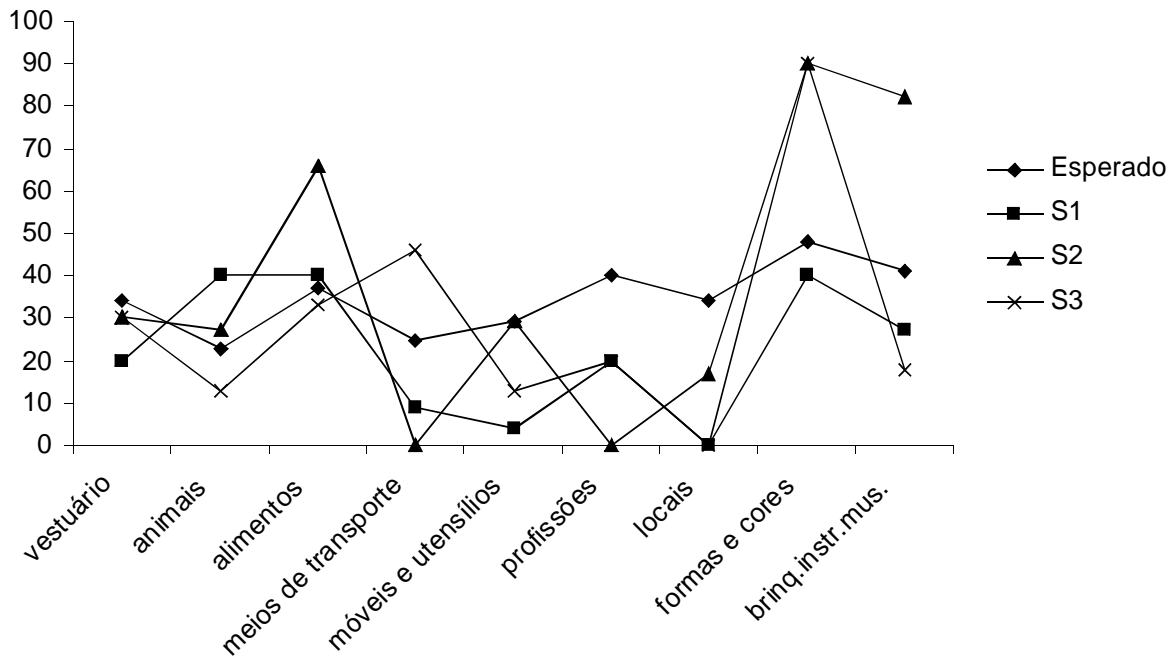
SUJEITOS	IDADE CRONOLÓGICA	MOTORA	ADAPTATIVA	LINGUAGEM	PESSOAL-SOCIAL
S1	2:7a	106	112	117	100
S2	2:8a	121	76*	82*	96
S3	2:6a	98	85*	91	78*

QD abaixo do esperado para a idade cronológica



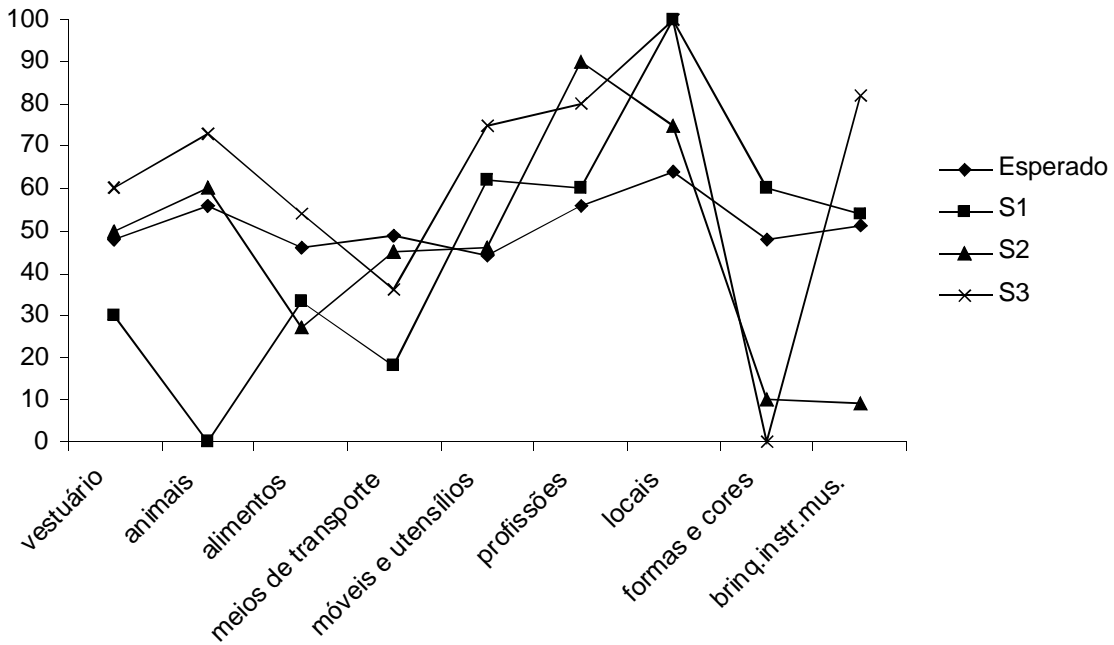
brinq. instr. mus. - brinquedos e instrumentos musicais

Figura 1 – Porcentagens de Designações de Vocabulário Usual esperada e obtidas pelos sujeitos na Prova de Vocabulário do Teste de Linguagem Infantil ABFW



brinqu. instr. mus. - brinquedos e instrumentos musicais

Figura 2 – Percentagens de Não Designações esperada e obtidas pelos sujeitos na Prova de Vocabulário do Teste de Linguagem Infantil ABFW



brinqu. instr. mus. - brinquedos e instrumentos musicais

Figura 3 – Percentagens de Processos de Substituição esperada e obtidas pelos sujeitos na Prova de Vocabulário do Teste de Linguagem Infantil ABFW

Tabela 2 – Tipologias de Processos de Substituição predominantemente utilizados pelos sujeitos em cada campo conceitual da Prova de Vocabulário do Teste de Linguagem Infantil ABFW

CAMPO CONCEITUAL	SUJEITO 1	SUJEITO 2	SUJEITO 3
Vestuário	Co-hipônimo próximo	Co-hipônimo próximo	Co-hipônimo próximo Atributo semântico não pertinente
Animais	–	Utilização de onomatopéia Incorreta	Co-hipônimo próximo
Alimentos	Hiperônimo não imediato	Co-hipônimo próximo	Atributo semântico não pertinente Substituição por designação de funções
Meios de transporte	Co-hipônimo próximo	Co-hipônimo próximo	Co-hipônimo próximo Co-hipônimo distante
Móveis e utensílios	Co-hipônimo próximo	Hiperônimo imediato Segmento ininteligível	Atributo semântico não pertinente Substituição por designação de funções
Profissões	Hiperônimo não imediato	Hiperônimo não imediato	Atributo semântico não pertinente
Locais	Hipônimo Valorização do estímulo visual	Atributo semântico não pertinente	Atributo semântico não pertinente
Formas e cores	Co-hipônimo próximo	Hiperônimo não imediato	–
Brinquedos e Instrumentos musicais	Valorização do estímulo visual	Segmento ininteligível	Atributo semântico não pertinente

■ DISCUSSÃO

Procedendo a análise dos resultados dos testes do ABFW e Gesell encontrou-se perfis diferenciados entre os sujeitos.

Com base nos dados encontrados, o sujeito 1 apresentou desenvolvimento normal, o sujeito 2 defa-

sagem nas áreas adaptativa e linguagem e o sujeito 3, defasagem específica na linguagem.

Considerando-se as testagens dos sujeitos 1 e 2 observou-se compatibilidade de resultados entre a escala de desenvolvimento de Gesell e o teste de vocabulário ABFW. Já o sujeito 3 apresentou escores normais pelos parâmetros indicados pela escala, porém, quando exposto a uma análise mais minuciosa das competências lingüísticas, este

mostrou grande dificuldade nas habilidades pragmáticas e semântico-lexicais.

Dessa forma vê-se que a Escala de Gesell aplicada isoladamente não avalia minuciosamente o aspecto lexical. As provas da Escala são bastante simples e genéricas, envolvendo compreensão de termos espaciais, de ordens situacionais e nomeação de figuras comuns e rotineiras²³. Já no teste ABFW é possível avaliar diferentes campos semânticos com número maior de vocábulos, numa análise mais completa do vocabulário expressivo.

Assim, em casos onde se suspeita de atraso de linguagem, a complementação da escala se faz necessária para um diagnóstico mais preciso. A coleta de dados mais específicos também fornece maiores subsídios para o processo de intervenção terapêutica.

Nesta pesquisa outro ponto importante observado foi a influência do meio no desenvolvimento dos sujeitos. O acompanhamento desde os primeiros meses de vida na instituição possibilita a melhora da qualidade do estímulo ambiental, uma vez que a família recebe orientação e a criança recebe estimulação adequada. Dados da literatura apontam que a intervenção precoce diminui o impacto dos fatores de risco, e a ênfase em programas de apoio a família se mostram efetivos para o desenvolvimento¹²⁻¹⁵.

A detecção e estimulação precoce significam, em termos de saúde pública, uma economia de recursos pessoais e financeiros, pois pode-se estabelecer programas de prevenção de baixo custo e de abordagem comunitária envolvendo as crianças de risco.

Observou-se resultados positivos desse processo analisando o sujeito 1 que no momento da avaliação apresentou resultados dentro da normalidade, enquanto o sujeito 3 que abandonou os atendimentos, apresentou alteração. O sujeito 2 que está em acompanhamento desde as primeiras semanas de vida e apresenta déficit em ambas as testagens, provavelmente estaria com um maior

comprometimento caso não houvesse recebido intervenção.

Como apresentado no referencial teórico, não foram encontrados estudos que relatem o desenvolvimento das crianças nascidas grandes para a idade gestacional, não havendo dados comparativos para este estudo.

O critério estabelecido para a seleção dos sujeitos neste estudo foi isolar o fator de risco. Como grande parte das crianças nascidas GIG apresentam complicações neonatais, não puderam participar deste estudo, limitando o grupo selecionado a uma amostra de três casos.

No entanto, como referido na literatura, a incidência de crianças nascidas grandes para a idade gestacional gira em torno de 9%⁴. Em levantamento feito na APAE de Jundiaí, no período de janeiro de 2001 a outubro de 2003, foram realizados 84 encaminhamentos de crianças nascidas GIG. O fato mais relevante, e que justifica a realização de contínuas pesquisas com esse grupo de crianças em termos de desenvolvimento foi que dez dessas crianças (12%), apresentaram atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, necessitando de terapias específicas no Programa de Estimulação Essencial.

CONCLUSÕES

O desenvolvimento global e lingüístico nos três casos avaliados apontou diversidade nas performances, com um quadro de normalidade e dois quadros de defasagens em graus distintos. Embora o número de sujeitos nesta pesquisa tenha sido pequeno, os dados obtidos quanto ao desenvolvimento global e desenvolvimento lingüístico indicam a necessidade de se observar a população GIG com maior atenção. Levando-se também em consideração os índices de nascimentos GIG, mostra-se ainda mais relevante a realização de outros estudos e o estabelecimento de condutas preventivas nesta população capazes de minimizar o impacto negativo dos fatores de risco no desenvolvimento destas crianças.

ABSTRACT

Purpose: to evaluate and describe the global development of vocabulary in children born large for gestational age. **Methods:** the scale used to evaluate the global development was according to Gesell, and to evaluate the lexical competence the scale used was of ABFW test, in three children born large for gestational age without other risk factor, among two years and six months and two years and eight months old. The results were described as case report and then, they were discussed comparatively. **Results:** the profile among the children was different. The child number one had a normal development; the child number two had a large divergence among adaptive and language areas, and the child number three had a specific divergence in language. **Conclusion:** the global and linguistic development in the evaluated cases show diversity in the results, with one normal patient's condition, and two divergence conditions in different grades. Although the number of children has been small (three), the information obtained about global and linguistic development indicate that these children should be observed with larger attention, seeking to set up preventive conducts for this population.

KEYWORDS: Birth Weight; Fetal Macrosomia; Child Development; Language Development

■ REFERÊNCIAS

1. D'Amorim AB, Cavalcanti AGLC, Campelo Netto FAZ, Campos JM, Lima LFC, Pereira MAP, Silva RBCB, Novaes Filho TB, Lira PIC, Romani SAM. Estudo do peso ao nascer no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco -1989. *Rev IMIP*. 1991; 5(1):13-9.
2. Bettiol H. Neonatal anthropometry and neonatal outcome. *São Paulo Med J*. 2003; 121(4):147-8.
3. Jazayeri A, Contreras D. Macrosomia [periódico online]. *eMedicine* 2004; Disponível em: URL: <http://www.emedicine.com/med/topic3279.htm>
4. Lopez IB, Sepúlveda HB, Jeria CH, Letelier CL. Niños macrosómicos y de peso normal de un consultorio de atención primaria: comparación de características propias y maternas 1997-2000. *Rev Chil Pediatr*. 2003; 74(3):287-93.
5. Monteiro CA, Benicio MHD'A, Ortiz LP. Tendência secular do peso ao nascer na cidade de São Paulo (1976-1998). *Rev Saúde Pública*. 2000; 34(6):1-23.
6. Mauad Filho M, Valadares Neto JD, Rangel MADR, Wagner A, Cotrim AM. Grande para a idade gestacional: aspectos obstétricos e perinatais. *Rev Femina*. 1992; 20(2):113-6.
7. Oral E, Cagdas A, Gezer A, Kaleli S, Aydinli K, Öçer F. Perinatal and maternal outcomes of fetal macrosomia. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2001; 99(2):167-71.
8. Katz L, Amorim M, Coutinho I, Santos LC. Análise comparativa de testes diagnósticos para diabete gestacional. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2002; 24(8):527-33.
9. Garcia IJ, Martínez JMQ, Bloch EA, Luis GG, Rodríguez-Miguélez JM, Aloy JF. Morbilidad del recién nacido hijo de madre diabética en relación con la macrosomía. *An Esp Pediatr Ene*. 1999; 50(3):275-8.
10. Jones CW. Gestational diabetes and its impact on the neonate. *Neonatal Netw*. 2001; 20(6):17-23.
11. Bertagnon JRD, Segre CADM, Colletto GMD. Relação entre peso e comprimento para prever afecções neonatais. *São Paulo Med J* 2003; 121(4):1-14.
12. Halpern R, Giugliani ERJ, Victoria CG, Barros FC, Horta BL. Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. *Rev Chil Pediatr*. 2002; 73:529-39.
13. Andraca I, Pino P, La Parra A, Rivera F, Castillo M. Risk factors for psychomotor development among infants born under optimal biological conditions. *Rev Saúde Pública*. 1998, 32(2):138-47.
14. Eickmann SH, Lira PI, Lima MC. Desenvolvimento mental e motor aos 24 meses de crianças nascidas a termo com baixo peso. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 2002, 60(3):748-54.
15. Méio MDBB, Lopes CS, Morsch DS. Fatores prognósticos para o desenvolvimento cognitivo de prematuros de muito baixo peso. *Rev Saúde Pública*. 2003, 37(3):311-8.
16. Hediger ML, Overpeck MD, Maurer KR, Kuczumarski RJ, McGlynn A, Davis WW. Growth of infants and young children born small or large for gestational age. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1998; 152(12):1225-31.
17. Kelly YJ, Nazroo JY, McMunn A, Boreham R, Marmot M. Birthweight and behavioural problems in children: a modifiable effect? *Int J Epidemiol*. 2001; 30(1):88-94.
18. Oliveira LN, Lima MCMP, Gonçalves VMG. Acompanhamento de lactentes com baixo peso ao nascimento: aquisição de linguagem. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 2003; 61(3):802-7.
19. Pereira MR, Funayama CAR. Avaliação de alguns aspectos da aquisição e desenvolvimento da linguagem de crianças nascidas pré-termo. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 2004; 62(3):641-8.
20. Gesell A. Psicologia do desenvolvimento do lactente e da criança pequena: bases neuropsicológicas e comportamentais. 3. ed. São Paulo: Atheneu; 2002. 566 p.
21. Andrade CRF, Befi-Lopes DM, Fernandes FDM, Wertzner HF. ABFW: teste de linguagem infantil nas áreas de fonologia, vocabulário, fluência e pragmática. 2. ed. São Paulo: Pró-Fono; 2004. 98 p.
22. Meio MDBB, Mello RRD, Morsch DS, Cecherelli MC, Rossetti MC, Lopes JMDA, Dutra MVP. Teste de Gesell: anormalidade na testagem e sua relação com fatores de risco perinatais. *Pediatr Mod*. 1999; 35(6):394-402.
23. Hage SRV, Joaquim RSS, Carvalho KG, Padovani CR, Guerreiro MM. Diagnóstico de crianças com alterações específicas de linguagem por meio de escala de desenvolvimento. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 2004; 62(3):649-53.

RECEBIDO EM: 10/06/06

ACEITO EM: 01/09/06

Endereço para correspondência:

Rua São Jorge, 92

Jundiaí – SP

CEP: 13201-807

Tel: (11) 45868363

E-mail: luacontesini@hotmail.com